

Abordaje subfrontal

Tipos

Subfrontal

Tipo “key-hole”: con el advenimiento de la endoscopia y la vuelta a la popularidad de los abordajes “key -hole” por parte de Perneczky.

Técnica quirúrgica

Con el paciente en posición decúbito supino y con la cabeza girada 30 grados aproximadamente al lado contrario de la craneotomía, se realiza una incisión superciliar de 5 a 6 centímetros de longitud según la técnica de Perneczky.

Se realiza una craneotomía rectangular de 4-5 centímetros frontal lateral, comenzando en todas las ocasiones con un trepano en el punto órbito-zigomático o “key-hole” y centrado sobre la región superciliar a ras con el piso de la fosa anterior; el resto de la craneotomía se continúa con sierra neumática para que no quede defecto óseo alguno que afecte al paciente postoperatoriamente.

La apertura de la duramadre se realiza en forma horizontal a lo largo de la base del lóbulo frontal siguiendo el margen inferior de la craneotomía;

Reclinación del lóbulo frontal sobre su superficie orbitaria, la cual, con el techo de la órbita, toma la forma de una cueva por lo que la llamaremos “Cueva Orbitaria”.

Se coloca un cotonoide rectangular grande sobre la base del lóbulo frontal y con el bipolar en la mano izquierda y el aspirador en la mano derecha pacientemente se aspira líquido cefalorraquídeo de las cisternas periquiasmáticas.

Lo más importante de la técnica, es que no requiere retractores cerebrales, sino que de aquí en adelante se realizará retracción intermitente mediante bipolar y micro aspirador, que servirá al mismo tiempo para limpiar el campo quirúrgico y separar la base del lóbulo frontal. Llegando a este punto, se aprecia por transparencia los dos nervios ópticos, la carótida supraclinoidea y condensaciones o engrosamientos aracnoideos importantes, sobre todo el que cruza la carótida supraclinoidea al momento de la bifurcación. Al abrir este “ligamento” se expone la bifurcación carotídea y los segmentos M1-A1.

Se presentan varios corredores quirúrgicos como lo son de la parte medial a la parte lateral: el interóptico, lámina terminalis, óptico carotídeo, retrocarotídeo, suprabifurcación.

Luego, con la ayuda del microscopio quirúrgico y endoscopio rígido, se exploran las diferentes regiones.

Cada corredor quirúrgico tiene determinadas regiones como puntos “targets”, como los siguientes:

Abordaje subquiasmático

El corredor o espacio translámina terminalis: tercer ventrículo, piso y pared anterior región infundibular, cara ventral del tronco cerebral, hasta el tercio inferior de la cara ventral de la

protuberancia. Generalmente sirve para trabajar endoscópicamente con lesiones sencillas como fenetración endoscópica de quistes, pero mayormente como canal de visión para operar con el apoyo de otro corredor de trabajo contiguo.

El espacio óptico-carotídeo, retrocratídeo y suprabifurcación: región basilar, bifurcación por encima y a nivel de dorso de la silla; por todos ellos puede observarse la cara ventral del tronco cerebral hasta la salida de los sextos pares. Si se quiere tomarlos como canales de trabajo para lesiones complejas deberá utilizarse la vía trasilviana pterional, que permite más espacio para el drilado del dorso selar y clivus superior. El cierre es con técnica habitual.

Historia

En 1908, Krause describió por primera vez el abordaje subfrontal unilateral.

En el año 1918, Dandy se tomó la libertad de reportar un abordaje ideado por George Heuer, uno de sus colegas más jóvenes, lo que se llamó "Hypophyseal approach", al nervio óptico y glándula pituitaria; Heuer luego lo describió con más detalle y lo usó para abordar tumores de la región selar y paraselar.

En 1940, Dandy realizó algunas modificaciones al abordaje y desde ese momento este tipo de técnica se comenzó a llamar en los Estados Unidos "Dandy Flap".

En 1933, Dott por primera vez realiza un tratamiento quirúrgico para un aneurisma intracraneal mediante un abordaje subfrontal modificado.

En 1941, Dandy describe un abordaje pterional para un aneurisma de comunicante anterior.

En 1960, Scoville y Ore proponen lo que ellos llaman Craneotomías mediante trefinas con aperturas pequeñas con relación a las craneotomías clásicas. El fue el primero en utilizar la incisión supraciliar en el abordaje subfrontal.

En 1962 Bronson Ray utiliza sistemáticamente el abordaje subfrontal para realizar hipofisectomías.

En 1962, George Hayes, uno de los alumnos de Dandy y jefe en ese entonces del departamento de neurocirugía del Walter Reed Army Medical Center en Washington D.C. , utilizó el flap tipo Dandy con una craneotomía fronto temporal. Por último, Ludwig Kempe, sucesor de Hayes en el mismo hospital, ilustra lo que es el inicio de la craneotomía pterional en 1968 en su atlas de neurocirugía que todos conocemos. Jhon L. Fox, aprende la craneotomía pterional de George Hayes, Ludwig Kempe y Hugo Rizzoli, quien fue el último residente de Dandy. En 1969 Yasargil describe la técnica frontotemporal para los aneurismas de la circulación anterior.

En 1971 Donald H. Wilson describe sus esfuerzos para operar varias lesiones intracraneales mediante un abordaje pequeño. Fue el primero de los neurocirujanos en usar el término "key-hole surgery".

Yasargil, en el año 1975, describe su abordaje pterional, que es un refinamiento de su craneotomía fronto temporal descrita en el año 1969. En 1978, Brock publica el abordaje frontolateral para los aneurismas de la circulación anterior, similar al abordaje popularizado por Perneczky posteriormente (3). Takanori Fukushima publica en 1991 el abordaje interhemisférico tipo key-hole a los aneurismas de comunicante anterior (12). En 1993 Perneczky describe el empleo del endoscopio como instrumento de asistencia del microscopio en las craniotomías tipo key-hole.

Cohen luego en 1995 describe el alcance de la craneotomía supraorbitaria a la región interpeduncular.

http://www.medicosecuador.com/revecuatneurol/vol13_n1-2_2004/elabordaje.htm

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=abordaje_subfrontal

Last update: **2025/05/04 00:02**

